



**Universidad  
Zaragoza**



**Universidad de Zaragoza  
Facultad de Ciencias de la Salud**

***Grado en Terapia Ocupacional***

Curso Académico 2015 / 2016

TRABAJO FIN DE GRADO

Intervención desde el Modelo de Ocupación Humana en un paciente  
geriátrico con trastorno esquizoafectivo asociado

Intervention from the Model of Human Occupation in a geriatric patient  
with associated schizoaffective disorder

**Autor/a:** Alba Jiménez Fadrique

Director 1. Jesús Marta Moreno

Director 2. Estela Calatayud Sanz

## ÍNDICE

RESUMEN .....	3
INTRODUCCIÓN .....	5
OBJETIVOS.....	7
METODOLOGÍA .....	8
DESARROLLO.....	10
EVALUACION .....	10
<i>PERFIL OCUPACIONAL</i> .....	13
<i>DIAGNOSTICO OCUPACIONAL</i> .....	14
INTERVENCION .....	15
<i>OBJETIVOS</i> .....	15
<i>PLAN DE INTERVENCION</i> .....	16
REEVALUACION.....	18
<i>SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN</i> .....	18
<i>SATISFACCION DEL USUARIO</i> .....	19
<i>RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES ESTRUCTURADAS</i> .....	20
DISCUSIÓN .....	21
AGRADECIMIENTOS.....	22
BIBLIOGRAFÍA .....	23
ANEXOS.....	27

## RESUMEN

Se presenta el caso de un paciente geriátrico de 68 años de edad diagnosticado de trastorno esquizoafectivo durante la infancia, al que desde hace varios años se asocia un deterioro cognitivo leve, acompañado de rasgos tanto de ansiedad como de depresión. Dicho trastorno mental afecta tanto a las capacidades psíquicas, estado cognitivo, habilidades sociales, emociones y el desempeño ocupacional general del usuario (aseo personal, actividades de ocio, descanso y relaciones interpersonales). Por ello, junto al tratamiento farmacológico, se planteó una intervención centrada en conseguir un adecuado equilibrio ocupacional, y en la búsqueda y realización de actividades de ocio motivadoras y significativas tanto para el usuario como para su entorno, para comprobar su eficacia y la repercusión en otros aspectos como la depresión o la ansiedad, y finalmente la calidad de vida del usuario.

Conclusiones: Tanto al finalizar la intervención y como durante todo el proceso de seguimiento, se observó una evolución favorable, una mejora de la autoestima, las relaciones familiares y sociales, y la participación satisfactoria en actividades de ocio y tiempo libre.

*Palabras clave:* trastorno esquizoafectivo, terapia ocupacional, ocio, relaciones interpersonales, terapia cognitivo-conductual, psicoeducación

## **ABSTRACT**

The case of a 68 year old geriatric patient diagnosed of schizoaffective disorder since childhood, who has in the last few years, suffered from deteriorating cognitive responses which is accompanied by risks of anxiety and depresión. This mental disorder affects some psychic abilities, cognitive status, social skills, emotions and general occupational performance (personal hygiene , leisure, rest and interpersonal relationships). Together with pharmacuetical treatment, sought to obtain a suitable occupational balance, and in the search and accomplishment of motivating significant activities of leisure for the patient and for his environment, it seeks to verify its efficiency and the repercussion of other aspects such as, depression or anxiety, and finally the better quality of life for the patient.

**Conclusions:** After the intervention, and during the process of follow-up, was observed a favorable evolution, and an improvement of the autoesteem, the familiar and social relations, and a satisfactory participation in activities of leisure and free time.

**Keywords:** schizoaffective disorder, occupational therapy, leisure, interpersonal relationships, cognitive behavioral therapy, psycho-education

## INTRODUCCIÓN

El trastorno esquizoafectivo se presenta en la población general con una prevalencia inferior al 1% y es mayor en mujeres. La edad de aparición ronda los 30 años, y por lo general, no se estudia de forma independiente, relacionándose con el trastorno bipolar o la esquizofrenia.

Emil Kraepelin, psiquiatra alemán, ya en 1920 consideraba los trastornos afectivos y la esquizofrenia como dos enfermedades diferentes, aunque podían presentar síntomas la una de otra. En la década de 1930, Jacob Kasanin, describió por primera vez a estos pacientes que presentaban síntomas de ambos tipos, pero hasta 1993 no acuñó el término "psicosis esquizoafectiva". Con este término se describía a aquellos pacientes con síntomas tanto afectivos como esquizofrénicos, y afirmó que el desarrollo de la enfermedad se producía posterior a un proceso vital estresante y con un ajuste social premórbido adecuado. (1)(2)(3)(4)

Actualmente, según el DSM V, es un trastorno mental que tiene como característica esencial un período continuo de enfermedad en el que se presenta, de forma combinada, un episodio depresivo mayor y/o maníaco, e ideas delirantes o alucinaciones al menos durante dos semanas, sin síntomas afectivos acusados. En ocasiones, se acompaña de síntomas de tipo negativo (aplanamiento afectivo, pobreza del discurso, anhedonia, retraimiento social, apatía y disminución de la atención). Estos síntomas negativos se agudizan cuando el trastorno es de tipo depresivo. (4)(5)

Un problema asociado que surge de este trastorno, es el deterioro cognitivo. El trabajo de Beatty (1993) sugirió una disfunción frontal y subcortical, dando lugar a importantes déficits en su estado mental global, la atención, la resolución de problemas y la fluencia verbal y no verbal. También surgen síntomas tanto positivos como negativos, resistentes a la medicación, lo que les supone una fuerte angustia y malestar así como importantes dificultades en sus relaciones interpersonales que se agudizan con forme aumenta la edad. Por ello, muchos usuarios tras años de evolución presentan características tanto de ansiedad como de depresión. (3)(6)(7)(8)

## TRATAMIENTO DEL TRASTORNO ESQUIZOAFECTIVO

Principalmente se utiliza el tratamiento farmacológico para eliminar principalmente los síntomas positivos (alucinaciones, delirios...), pero también es muy importante trabajar las limitaciones que aparecen tanto en el área social como psicológica. Las terapias más utilizadas son: terapia familiar, psicoeducacional, psicosocial, grupal, de relajación, de apoyo, entrenamiento en habilidades sociales y terapia cognitivo conductual. (3)(8)(9)

La terapia de ejercicio físico demuestra que el ejercicio regular ayuda a algunos pacientes a mejorar la salud física y mental, así como su bienestar. También la terapia de rehabilitación cognitiva es una intervención efectiva para estos usuarios, para tratar tanto los síntomas positivos como los negativos, mejorar la función cognitiva y su capacidad funcional general al ser capaces de enfrentarse a sus propios problemas. (10)(11)

- Terapia ocupacional en el trastorno esquizoafectivo

Diferentes estudios muestran la importancia de la disciplina de forma general en los problemas de salud mental (hay escasa evidencia de forma específica en el trastorno esquizoafectivo). Se realizan programas para las actividades de la vida diaria, ocio y actividades productivas, así como la importancia tanto de la familia como el entorno para estos usuarios. Se trata de programas encaminados a garantizar su bienestar y éxito de la manera más saludable posible a través de la mejora de comportamientos específicos. (12)(13)

Con los programas de intervención psicoeducativos, se trabajará con el usuario y la familia para principalmente afrontar la carga del trastorno y el estrés de la vida cotidiana, así como la mejor en el funcionamiento social de los pacientes. Se realizarán técnicas dirigidas a la búsqueda de autonomía residencial, y mejora de la capacidad del usuario para las actividades de ocio y tiempo libre.

Se considera fundamental el tiempo de ocio, y los profesionales buscan entre las opciones en la sociedad aquellas más adecuadas para cada paciente. (8)(14)

Desde la terapia cognitivo-conductual, el terapeuta ocupacional realizará programas de modificación de conducta, y desensibilización, entrenamiento de destrezas y aprendizaje programado, así como la reestructuración cognitiva. Estos programas muestran evidencia tanto con los síntomas positivos como con otros secundarios como la depresión o la ansiedad. Aparece una mejora en las estrategias de afrontamiento y el desarrollo de nuevas estrategias (relajación y habilidades sociales). Junto al tratamiento farmacológico, es una herramienta muy eficaz al centrarse en los pensamientos, las emociones y los comportamientos del paciente y desafiar los pensamientos extraños o disfuncionales. (7)(15)(16)(17)(18)

## **OBJETIVOS**

El propósito general del trabajo será comprender el trastorno esquizoafectivo y cómo afecta a una persona de larga evolución, así como los problemas asociados a dicho trastorno. Además se implementará un plan de intervención lo más adecuado a las necesidades del usuario para mejorar su estado psicológico y social, así como conseguir un equilibrio ocupacional entre las diferentes áreas de ocupación.

- ✓ Evaluar tanto la capacidad cognitiva, nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria (AVD) y desempeño ocupacional, para detectar limitaciones y dificultades en estas áreas, y relacionarlas con la causa de dicho problema.
- ✓ Implementar un tratamiento individualizado y adaptado al usuario, centrado en las áreas de ocupación deficitarias para tratar de conseguir el mejor desempeño ocupacional, teniendo siempre en cuenta sus necesidades y prioridades.
- ✓ Reevaluar las áreas problema detectadas en la evaluación para observar si esos aspectos han mejorado tras la intervención, para finalmente reajustar el plan si fuera necesario, o plantear nuevas metas y objetivos

## **METODOLOGÍA**

La recogida de información se realiza mediante la búsqueda bibliográfica de artículos y libros, en español y en inglés, en la Biblioteca de la Universidad de Zaragoza y en bases de datos como Dialnet, Cochrane, Pubmed, Scopus y google académico. Se utilizan las siguientes palabras clave: trastorno esquizoafectivo, terapia ocupacional, ocio, relaciones interpersonales, psicoeducación, terapia cognitivo-conductual.

Se selecciona el Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional para guiar el proceso. Éste marco fue creado para “articular la contribución de la Terapia Ocupacional en la promoción de la salud, la participación de las personas, organizaciones y las poblaciones hacia un compromiso con la ocupación”. Utilizaremos el proceso del Marco de la AOTA para estructurar el proceso siguiendo las diferentes fases que propone: evaluación, intervención y reevaluación. (19)

También se utiliza el Modelo de Ocupación Humana (MOHO), el cual intenta explicar en qué modo la ocupación es motivada, adopta patrones y es realizada, por lo tanto ofrece un punto de vista amplio e integrador de la ocupación humana. El ser humano tiene que involucrarse en una ocupación significativa para estar completamente sano, por lo que el papel desde la TO es la búsqueda de actividades con propósito, que ofrezca un reto y que estén vinculada al logro y la satisfacción. Se utilizan las escalas de dicho modelo para realizar la evaluación y la posterior reevaluación. (20,21)

Tanto la evaluación como la intervención se llevan a cabo en la Fundación la Caridad, donde se tratará de que integre la intervención y las actividades que se van a llevar a cabo con él para que luego las aplique en su día a día dentro y fuera del Centro.

La evaluación tendrá una duración total de una semana utilizando diferentes escalas que evaluarán tanto el nivel cognitivo, la independencia en las actividades de la vida diaria, tanto básicas (ABVD) como instrumentales (AIVD), el desempeño ocupacional y por último los niveles de ansiedad y depresión.



La intervención durará un total de 3 meses, y pasado este tiempo, se reevaluará para conocer la eficacia del tratamiento y posibles intervenciones que se podrían llevar a cabo más adelante. El terapeuta ocupacional será el encargado de guiarle en el proceso y darle las pautas necesarias al usuario para que éste sea el protagonista de su propia intervención.

Para la reevaluación se descartan aquellas evaluaciones en las que los resultados han sido positivos ya que los objetivos del plan de intervención irán dirigidos a aquellos aspectos en los que se detectan déficits. Además se realiza un seguimiento durante toda la intervención de forma más subjetiva, evaluando tanto la satisfacción y motivación del usuario.

## DESARROLLO

### Evaluación

A nivel cognitivo el usuario presenta deterioro cognitivo leve, sobre todo en las áreas de atención, cálculo y praxis (según el Mini-Examen Cognoscitivo de Lobo-MEC). La fluencia verbal está conservada tal y como nos muestra el SET-TEST de Isaac. Los resultados del Test de Alteraciones de la Memoria (T@M) se encuentran dentro de la normalidad.

Desde que se encuentra en la Fundación La Caridad, la puntuación ha mejorado en ambas escalas, manteniéndose las áreas anteriormente nombradas más afectadas.

Tabla 1. Valoración a nivel cognitivo según MEC, SET-TEST y T@M durante 4 últimos años

	2012	2013	2014	2015	Enero 2016
MEC	26/35	25/35	28/35	28/35	29/35
SET-TEST	37/40 (3R)	30/40 (9R;1E)	37/40 (2E)	40/40 (2R; 1E)	39/40 (3R)
T@M					43/50

En cuanto a las actividades de la vida diaria, el usuario es totalmente independiente en las ABVD (según el Índice de Barthel), aunque en ocasiones presenta déficit en la higiene personal (área que se trabaja desde la Fundación junto con la familia), mientras que en las AIVD (según la Escala de Lawton & Brody) presenta deterioro, aunque ha mejorado un punto en los últimos 4 años (de forma autónoma utiliza el teléfono, maneja el dinero para realizar pequeñas compras y uso de medios de transporte acompañado).

Tabla 2. Valoración de las AVD según el Índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody

	Valoración 1. 2012	Última valoración. 2016
Índice de Barthel (ABVD)	100/100	100/100
Escala de Lawton & Brody (AIVD)	2/8	3/8

A nivel de ansiedad y depresión, presenta características de ambas, aunque sobre todo la depresión ha disminuido en los últimos meses. La ansiedad se mantiene más o menos en las mismas puntuaciones (él mismo refiere que está más tranquilo y además en la Fundación más que en casa cuando esta sólo en casa, refiere que los viernes comienza a encontrarse mal hasta que el lunes vuelve al Centro).

Tabla 3. Valoración de ansiedad y depresión según la escala de Goldberg y Yesavage

Año	Escala de ansiedad y depresión de Goldberg	Escala de depresión geriátrica de Yesavage
2012	5/9	8/15
2013	5.5/9	8/15
2014	4/9	10/15
2015	7/9	9/15
Enero 2016	6/9	5/15

En cuanto al desempeño ocupacional, se recoge información de los tres subsistemas que plantea el MOHO. A partir de los datos obtenidos, se planteará el plan de intervención trabajando sobre aquellos aspectos más deficitarios.

Tabla 4. Escalas y resultados de las evaluaciones según el MOHO

	Evaluaciones	Resultados
<b>Subsistema volitivo</b>	Cuestionario volicional	Buen desempeño: Permanece involucrado en la tarea, inicia tareas e intenta resolver problemas. Muestra preferencia por las manualidades.  Déficit: Participación con los demás, involucrar a otros, inicia tareas de forma espontánea.
	Listado de intereses	Nos muestra múltiples actividades que el usuario no realiza y le gustaría comenzar a practicar o retomarlas del pasado. Generalmente las actividades de ocio son las que más demanda (Anexo 1)

	Valores	Familia y amigos, acudir a la Fundación todos los días. Sobre todo habla de los cuidadores principales (su hermano y cuñada).									
Subsistema habitucional	Listado de roles	Necesidad en la asunción de roles como el de proveedor de cuidados, amigo o aficionado. Su rol más importante: miembro de familia y participante en organizaciones. (Anexo 2)									
	Cuestionario ocupacional	Gran desequilibrio en las áreas de ocupación: demasiadas horas de trabajo y descanso, frente las 0 horas de ocio. No realiza ninguna actividad recreativa. (Anexo 3) <div><table><tr><th>Categoría</th><th>Horas</th></tr><tr><td>Descanso</td><td>12 h.</td></tr><tr><td>Trabajo</td><td>9h.</td></tr><tr><td>Tarea de diario vivir</td><td>3h.</td></tr><tr><td>Ocio</td><td>0h.</td></tr></table></div>	Categoría	Horas	Descanso	12 h.	Trabajo	9h.	Tarea de diario vivir	3h.	Ocio
Categoría	Horas										
Descanso	12 h.										
Trabajo	9h.										
Tarea de diario vivir	3h.										
Ocio	0h.										
Subsistema de ejecución	ACIS (Habilidades de comunicación e interacción social)	Habilidades de comunicación e interacción en general cuestionables. No comienza conversaciones y no muestra interés en mantenerla. Aunque no hay interrupción de la acción social en curso, atiende a la tarea, pero no expresa opiniones. (Anexo 4)									
	AMPS (Habilidades motoras y de procesamiento sensorial)	Menor puntuación en los siguientes ítems: postura adecuada y arrastre de los pies, fluye, calibra, energía de habilidades motoras y procesamiento, elige y comprende, organización temporal y reúne. (Anexo 5)									

## *PERFIL OCUPACIONAL* (Historia de vida - Anexo 6)

J.A es un hombre de 69 años de edad que vive solo en su domicilio. Sus cuidadores principales son su hermano y su cuñada, con los que la relación es poco satisfactoria debido a determinadas conductas por parte del usuario cuando las cosas no son de su agrado. Desde hace 4 años acude a la Fundación La Caridad, a la Unidad de Prevención y Envejecimiento Activo.

Desde la infancia se le diagnostica de trastorno esquizoafectivo, sumándosele desde hace varios años un deterioro cognitivo leve. Además las escalas realizadas muestran características tanto de ansiedad como de depresión.

Desde que acude a la Fundación presenta una buena adaptación tanto a los talleres cognitivos como manipulativos, y la relación con los compañeros y los profesionales es adecuada. Fuera del Centro las relaciones sociales están limitadas a la familia y el tiempo dedicado a las actividades de ocio es nulo. Presenta dificultades en la interacción social, comunicación, inicio y mantenimiento de una conversación fluida y elección de las propias actividades que le motiven y satisfagan.

Se observa un buen desempeño a nivel de las actividades de la vida diaria, siendo autónomo en todas excepto la preparación de la comida. Las actividades de autocuidado e higiene personal son deficitarias, como consecuencia principalmente de la enfermedad.

En cuanto a las tareas productivas, a lo largo de su vida no ha trabajado como tal, aunque sí que ayudaba en el negocio familia en tareas sencillas. Actualmente no participa en actividades remuneradas ni de voluntariado, aunque la sensación que él mismo tiene es que todo lo que hace en su vida es trabajo.

Muestra una personalidad introvertida y características tanto de ansiedad como de depresión, lo que hace que su autoestima sea baja y la visión que tiene de sí mismo negativa. Su angustia y nerviosismo aumentan cuando se plantean nuevas actividades o se producen cambios en su vida.

## *DIAGNOSTICO OCUPACIONAL*

El usuario presenta limitación en el desempeño de las actividades del área ocupacional de ocio, participación social, y autocuidado, específicamente en la exploración de nuevas actividades, en el rol de amigo, familiar y en la comunidad, así como en la higiene personal, que se reflejan en un desequilibrio entre las actividades de ocio, trabajo, descanso y actividades de diario; como consecuencia de un déficit en las funciones mentales, comunicativas y sociales del usuario, más concretamente en el componente de volición y habituación: causalidad personal, escasa motivación para explorar nuevos intereses y actividades de ocio, baja autoestima y dificultad en la comunicación e interacción social, añadido a una mala organización del tiempo dedicado a las diferentes áreas de ocupación. Todo ello, interfiere en sus relaciones sociales, que están limitadas a la familia y compañeros de la Fundación, y a su participación en actividades significativas durante su tiempo libre, que es nula, y aquellas que realiza no le aportan satisfacción ni disfrute.

Diagnóstico que presenta en la actualidad: Trastorno esquizoafectivo, deterioro cognitivo leve (rasgos de depresión y ansiedad aunque no están diagnosticadas clínicamente).

## **Intervención**

Se centra principalmente en el desempeño ocupacional, ya que tanto el área cognitiva como las AVD se trabajan desde la Fundación La Caridad.

Dentro de los tipos de intervención de terapia ocupacional que guiarán la intervención son el uso terapéutico de las ocupaciones y las actividades para cumplir unos objetivos terapéuticos y el proceso de asesoría para colaborar con el cliente y la familia, identificando los problemas y planteando posibles soluciones y modificaciones.

### **OBJETIVOS**

No se marcan objetivos operativos dentro de los 3 meses de intervención, debido a las dificultades surgidas para comenzar nuevas actividades. Por lo que se marcarán los siguientes objetivos específicos que se deberán cumplir a lo largo del tiempo programado.

- ✓ Búsqueda y participación en actividades significativas y satisfactorias para el usuario sobre todo en el área de ocio. Proceso de colaboración con el usuario para la elección de actividades que le motiven e interesen.
- ✓ Proporcionar una guía o ayuda en aquellas que hasta el momento no es capaz de realizar de forma autónoma, mediante estrategias o adaptaciones en su realización.
- ✓ Potenciar todas aquellas actividades que realiza en su día a día de forma independiente, mediante refuerzo verbal y recompensas.
- ✓ Asignar actividades con un mayor grado de responsabilidad para reforzar el rol de trabajador.
- ✓ Potenciar la relación con sus cuidadores y compañeros de la Fundación. Que asimile la importancia de las muestras de cariño y afecto, y las relaciones sociales fuera y dentro del Centro.
- ✓ Programar una tabla de ejercicios para mejorar su estado físico general, sus destrezas motoras y consiga realizar las actividades de la vida diaria con menor esfuerzo y fatiga.

En cuanto a los enfoques de intervención que se utilizan: *crear y promover* entornos y actividades enriquecedoras para mejorar el desempeño ocupacional del usuario, *establecer o restaurar* actividades como por ejemplo las relacionadas con la higiene personal, *mantener* aquellas que realiza de forma satisfactoria, así como modificar y por último *modificar* aquellas rutinas que no apoyan el desempeño ocupacional ni la calidad de vida.

#### *PLAN DE INTERVENCION*

Se trabaja en base a los intereses del usuario, en la realización de actividades de ocio significativas para él. Para ello se le deja la tarjeta del autobús el fin de semana, para que pueda acudir a algún lugar que esté más alejado y salir del barrio, ya que hasta el momento, se quedaba en casa y no disfrutaba del tiempo libre. Además se le muestran diferentes actividades para que escoja aquellas que más le motiven.

La familia se encarga de enseñar el funcionamiento de la televisión y a fomentar su uso para que las horas que esté en casa pueda ocuparlas en alguna actividad que le guste. Si mediante las indicaciones verbales siguen sin entender cómo se utiliza, se adaptará su uso mediante imágenes y pasos escritos.

En cuanto a las actividades con un mayor grado de responsabilidad, se trata principalmente de asignar actividades que realmente son consideradas como trabajo, para que éste comience a diferenciar aquellas que lo son de las que no (ya que la mayoría de tareas que realiza en su día a día las considera trabajo). El usuario ayudará a poner las mesas del comedor en principio un día a la semana, siguiendo unas pautas y normas y con ayuda de un profesional. Se le asignará algún tipo de recompensa para que vea su trabajo reconocido.

También se encargará de mantener en buenas condiciones un piano que tiene en casa, el cual toca su hermano cada vez que va a visitarlo porque le gusta mucho.

Se reforzarán verbalmente todas aquellas actividades que realice de forma exitosa, así como el cuidado de su imagen personal e higiene (siempre y cuando vaya bien aseado). Así potenciaremos que siga realizando las actividades con las mismas ganas e interés.



Por otro lado, se tratará de que sea más cariñoso, más afectivo con sus cuidadores, o como su cuñada refiere, que simplemente diga un “buenas tardes” o “buenas noches” cuando llega a su casa a por la cena.

También se trabajan las relaciones con los compañeros, mediante el rol de cuidador, ayudando a realizar tareas a usuarios que presenten dificultades, o realizando actividades de ocio conjuntas con ellos. Mediante estas actividades recreativas o de ayuda, favoreceremos las relaciones interpersonales y las destrezas comunicativas y sociales.

Por último, junto con la fisioterapeuta, se realizará una tabla de ejercicios para que realice en casa ya que la actividad física es algo que le motiva, y además le hace falta sobre todo para que los movimientos no sean en bloque y adopte una buena postura a la hora de caminar y de realizar una actividad. Ganar estabilidad y equilibrio para que la marcha sea lo más normalizada posible así como a la hora de realizar actividades no aparezca tanta fatiga ni esfuerzo.

## **Reevaluación**

### *SEGUIMIENTO DE LA INTERVENCIÓN*

Pasado un mes, el usuario no sale los fines de semana, por lo que se contacta con la Asociación de Voluntariado en Geriátría de Zaragoza para que una persona le acompañe en esos momentos, pero el proceso es lento y se sigue intentando que el usuario vaya por sí solo. Pasados los tres meses, pide la tarjeta a su cuñada y coge el autobús el fin de semana (siempre y cuando haga buen tiempo) y acude a la Plaza del Pilar a visitar la catedral y a tomarse un café con la ilusión de encontrarse con algún compañero para charlar un rato.

Dentro de la Fundación se plantean diferentes actividades de ocio, y el usuario siempre está dispuesto a participar. Además junto con la ayuda de la terapeuta realiza una especie de pelotas para jugar con sus compañeros en momentos de descanso como si fuera una petanca.

En cuanto al tema de la televisión, maneja las funciones más sencillas desde la primera explicación de su funcionamiento. Al finalizar la intervención se muestra algo inseguro, ya que sólo ve el telediario y comenta que si cambia de cadena para ver otros programas la rompe. Se habla con la familia para que vuelvan a explicarle el funcionamiento (principalmente cambiar de canal) y así pueda ver otros programas que le interesen, como por ejemplo el fútbol o alguna película.

Desde que se le comenta la idea de poner el comedor se muestra motivado y con interés. El usuario coloca las mesas de todo el comedor con ayuda de una auxiliar de cocina y la quita todos los días. La tarea le entusiasma y se siente productivo por una tarea que realiza para todos sus compañeros. Se le da una recompensa desde el centro por el trabajo que realiza.

Además ayuda a sus compañeros en todas aquellas actividades que necesitan y es el encargado de cambiar el calendario dentro de la sala todos los días, así como en ocasiones bajar a por las fotocopias.

En cuanto al tema del piano, en un primer momento es una actividad que no le motiva, pero al final se consigue que lo mantenga limpio ya que comprende que es algo importante tanto para su hermano como para él si quiere escucharlo.

Mediante el refuerzo verbal, poco a poco se consigue que se asee todos los días y se cambie de ropa. Se refuerzan aquellas actividades que realiza de forma satisfactoria, ya que para el usuario es muy necesario el reconocimiento social, pero también se le comentará cuando no lo hace bien para que lo comprenda.

En cuanto a la relación con los cuidadores, la relación ha mejorado significativamente y habla muy bien de ellos. El usuario regala a su cuñada un alfilerero que se realiza como taller de manualidades en el centro y se plantea el jugar con su hermano en casa a alguna actividad recreativa. Hay más muestras de cariño y ya no se enfada como antes ni se pone tan alterado ante las discusiones como antes.

Por último, el tema del ejercicio físico y la tabla de ejercicios para casa no se consiguen realizar por falta de motivación del usuario. No muestra interés y refiere que es suficiente el ejercicio que hace con la fisioterapeuta en el centro.

#### *SATISFACCION DEL USUARIO*


Se realizan una serie de preguntas de forma individualizada para conocer la satisfacción y la opinión subjetiva del usuario tanto del proceso como de los resultados obtenidos. (Anexo 7)

El usuario refiere de forma general que la intervención le ha servido para realizar nuevas actividades y que actualmente se encuentra más animado y menos nervioso que antes. Además se encuentra motivado con la búsqueda de nuevas actividades de ocio y refiere que su "trabajo" dentro de la Fundación es muy importante para él y que la tarea de poner y quitar el comedor la quiere seguir realizando todo el tiempo que pueda.

Algunos puntos a mejorar según el usuario, serían haber podido realizar alguna actividad más de las que se plantearon (como aprender a utilizar mejor la televisión, utilizar más el transporte público, y realizar nuevas actividades de ocio dentro y fuera de casa) y otras que plantea él como acudir a visitar a sus antiguos compañeros de ATADES con lo que tenía muy buena relación.

## RESULTADOS DE LAS EVALUACIONES ESTRUCTURADAS

De forma más objetiva, pasada una semana, se vuelve a evaluar mediante el listado de intereses y roles y el cuestionario ocupacional, además de las escalas de ansiedad y depresión. En general los resultados son buenos y se observa una mejora, excepto en depresión, debido a que en el momento de la evaluación, el usuario refiere que desde hace unos días su hermano está más distante y no entiende el por qué, lo que le hace estar desanimado.

EVALUACION		RESULTADOS
<b>Listado de intereses</b>	<b>de</b>	Hay una mejora ya que las actividades que le gustaría realizar y no realiza, han disminuido considerablemente, ya que actualmente permanece involucrado en muchas de ellas: ver la televisión, acudir a la iglesia, jugar a bolos, juegos de mesa (en la Fundación principalmente)
<b>Listado de roles</b>	<b>de</b>	Actualmente asume el rol de cuidador con los compañeros del Centro, miembro activo de un grupo religioso y realiza actividades que sí son de trabajo y productivas
<b>Cuestionario ocupacional</b>		<div>Se observa un mayor equilibrio ocupacional, restando tanto horas de descanso como de trabajo, y aumentando el tiempo dedicado al ocio (es mayor aún el fin de semana)</div> <div><ul style="list-style-type: none"><li>■ Descanso 9 h.</li><li>■ Trabajo 8h.</li><li>■ Tarea de diario vivir 4h.</li><li>■ Ocio 3h.</li></ul></div>
<b>Escala de ansiedad y depresión de Goldberg</b>	<b>de</b>	En la escala de ansiedad, el usuario mejora 2 puntos con respecto a la anterior. Muestra una menor preocupación sobre su salud y un mejor manejo de las situaciones que le irritan para poder relajarse.
<b>Escala de depresión geriátrica de Yesavage</b>	<b>de</b>	Peor puntuación respecto a la anterior evaluación. Actualmente prefiere quedarse en casa viendo la televisión que salir a la calle, y se ve con más problemas de memoria que los demás (anteriormente no era así)

## **DISCUSIÓN**

Como conclusión final, parece que la intervención con el usuario, basada tanto en las actividades de ocio como en las interacciones sociales, tiene una repercusión positiva en aspectos como la ansiedad o la depresión. La participación y el compromiso en actividades que le satisfacen y le motivan, hacen que la autoestima del usuario aumente, y esto a su vez hace que quiera involucrarse en nuevas actividades (retroalimentación positiva).

Además, el volver a sentirse productivo también mejora su estado de ánimo, lo que repercute en una mejora de las relaciones sociales y familiares y en definitiva en su calidad de vida.

Hay escasa evidencia de la eficacia de la Terapia Ocupacional en los trastornos psicóticos crónicos, más específicamente en los trastornos esquizoafectivos. Además, éstos estudios se centran en la eficacia de la terapia ocupacional cuando se aplica la terapia cognitivo-conductual o la psicoeducación, como un buen complemento para el tratamiento farmacológico, pero sin embargo hay muy poca evidencia de intervención centrada tanto en el área de ocio como en el área social.

Para futuras investigaciones sería interesante programar intervenciones grupales desde Terapia Ocupacional, que trabajen todos aquellos déficits que aparecen asociados a la enfermedad, principalmente las relaciones interpersonales y actividades que realizan en su tiempo libre, para comparar con otros grupos que no participen en dichos programas y así poder establecer una comparativa sobre la eficacia o no de la intervención.

## **AGRADECIMIENTOS**

Quiero agradecer tanto al usuario como a su familia por su colaboración y por estar siempre dispuestos a participar en el programa y no tener ningún problema en proporcionar datos necesarios para el trabajo. Además, tanto a Jesús Marta como Estela Calatayud por su implicación en el caso y su ayuda ante cualquier duda o problema que me ha surgido a lo largo de todo el procedimiento.

También darle las gracias a mi madre por animarme y apoyarme en estos cuatro años alejada de ella, y por estar siempre ahí ayudándome a seguir adelante cuando las cosas se me ponían un poco difíciles. Sin olvidarme de mi hermano y mi pareja que han sido imprescindibles para llegar a donde he llegado, y a mi compañera de piso, de estudio y mejor amiga por todos estos años de trabajo y esfuerzo juntas.

Por último, mencionar a mi padre, esté donde esté, quiero dedicarle el trabajo y que pueda sentirse orgulloso de lo que he conseguido. Gracias por ser mi ejemplo a seguir.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Victor Lemanda S. Dagmar Holmgren G. Francisca Soto-Aquilar B. Fuad Sapag S. Trastorno esquizoafectivo. ¿Cuánto de esquizofrenia? ¿Cuánto de bipolar? Rev Chil Neuro-Psiquiat [Revista en Internet] 2013 [acceso 17 de marzo de 2016]; 51 (1): 46-60. Disponible en: <http://www.scielo.cl/pdf/rchnp/v51n1/art07.pdf>
- (2) Arenas Borrero Á. Rogelis Prada A. Revisión de la historia del trastorno esquizoafectivo y su relación con los rasgos de personalidad. Universitas Médica [Revista en Internet] 2006 [acceso 17 de marzo de 2016]; 47 (2): 147-156. Disponible en: <http://med.javeriana.edu.co/publi/vniversitas/serial/v47n2/5%20Revisi%F3n%20de%20la%20historia.pdf>
- (3) González Pinto A. coordinadora. Trastorno esquizoafectivo. Madrid: Biblioteca Aula Médica; 2001.
- (4) Gómez Pardiñas, S.M. Fontela Vivanco, E. Pérez Ramírez L. Síntomas depresivos, negativos o efectos secundarios de la medicación, en un caso de trastorno esquizoafectivo depresivo. Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría [Revista en Internet] 2012 [acceso 20 de abril de 2016] 10: 87-91. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5157398>
- (5) American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM V) 5ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- (6) Gutiérrez Sevilla J.Á. Maderna Dallasta R. Patologías psiquiátricas en el anciano: Detección y manejo por profesionales sanitarios y cuidadores. Rev Asturiana de Terapia Ocupacional [Revista en Internet] 2006 [acceso 17 de marzo de 2016]; nº3: 11-22. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3397454>

- (7) Gutiérrez López M.I. Sánchez Muñoz M. Trujillo borrego A. Sánchez Bonome L. Terapia cognitivo-conductual en las psicosis crónicas. Actas Esp Psiquiatr [Revista en internet] 2009 [acceso 17 de marzo de 2016] 37 (2): 106-114. Disponible en: <http://actaspsiquiatria.es/repositorio/10/56/ESP/13476+11+1263.pdf>
- (8) Lobo Satué A. Manual de psiquiatría general. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014.
- (9) Jones C, Hacker D, Cormac I, Meaden A, Irving CB. Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 4. Art. No.: CD008712. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008712.pub2>
- (10) Gorczynski P, Faulkner G. Exercise therapy for schizophrenia. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 5. Art. No.: CD004412. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004412.pub2>
- (11) G Kennedy H. Study protocol: a randomised controlled trial of cognitive remediation for a national cohort of forensic mental health patients with schizophrenia or schizoaffective disorder. BMC Psychiatry 2016; 16: 5. Disponible en: <http://bmcpsy psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12888-016-0707-y>
- (12) Poza Puertas B. Cantero Garlito PA. Bermejo Riera N. Tratamiento y diagnóstico precoz en jóvenes y adolescentes con problemas de salud mental: una visión desde la terapia ocupacional. TOG (A Coruña) [Revista en Internet]. 2013 [acceso 25 de abril de 2016]; 10(18): [24p]. Disponible en: <http://www.revistatog.com/num18/pdfs/original7.pdf>



- (13) Granholm E, McQuaid JR, McClure FS, Auslander LA, Perivoliotis D, Pedrelli P, et al. A randomized, controlled trial of cognitive behavioural social skills training for middle-age and older outpatients with chronic schizophrenia [Internet]. *Amer J Psychiatry* 2005 [acceso 27 de mayo de 2016]; 162 (3):520-29. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15741469>
- (14) Pfammatter M. Andres K. Fries A. Haller C. Kemmler J. Dieter Brenner H. Relaciones entre resultados y procesos en una terapia grupal basada en el afrontamiento psicoeducativo para pacientes esquizofrénicos y esquizoafectivos. *Rehabilitación psicosocial* [Revista en Internet] 2004 [acceso 17 de marzo de 2016] 1(1): 5-11. Disponible en: <http://www.fearp.org/revista/publicados/1/511.pdf>
- (15) Moruno Miralles P. Talavera Valverde M.A. *Terapia Ocupacional en Salud Mental*. Elsevier Masson; Barcelona: 2012
- (16) Muñoz Molina F.J. Ruiz Cala S.L. Terapia cognitivo-conductual en la esquizofrenia. *Rev Colombiana de Psiquiatria* [Revista en Internet] 2007 [acceso 17 de marzo de 2016] 36(1): 98-110. Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502007000100008&lng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502007000100008&lng=es)
- (17) Gutiérrez López M.I. Sánchez Muñoz M. Trujillo Borrego A. Sánchez Bonome L. Terapia cognitivo-conductual en las psicosis agudas. *AEN* [Revista en Internet] 2011 [acceso 20 de abril de 2016] 114 (32): 225-245. Disponible en: <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16329/1615>
- (18) Naeem F, Farooq S, Kingdon D. Cognitive behavioural therapy (brief versus standard duration) for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2014, Issue 4. Art. No.: CD010646. Disponible en: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD010646.pub2>

- (19) American Occupational Therapy Association Occupational therapy practice framework: Domain and process (2nd ed.). Am J Occup Ther. 2008; 62: 625-683
- (20) Kielhofner G. Terapia Ocupacional: Modelo de Ocupación Humana – Teoría y aplicación. 3ª ed. Buenos Aires: Edición Editorial Médica Panamericana; 2004
- (21) National Board for Certification in Occupational Therapy. A practice analysis study of entry-level occupational therapist registered and certified occupational therapy assistant practice. OTJR, Occupation, Participation, and Health. 2004 [acceso el 17 de mayo de 2016]; 24 (Spring Supplement), S1-S31. Disponible en: <http://otj.sagepub.com/content/25/3/105.short>

## ANEXOS

### ANEXO 1. LISTADO DE INTERESES

#### *LISTADO DE INTERESES (resumen de los intereses más destacados)*

**JUGAR A JUEGOS DE MESA:** de lo que más me habla son de las cartas. Le gustaba mucho jugar al guiñote y cree que lo hacía bien, pero un día jugando la partida perdió llevando buena mano y dice "ya no me dejaron jugar más". Si que le gustaría participar en juegos de mesa, ya sean las cartas, el parchís, el dominó o las damas.

**JUGAR A LOS BOLOS:** en la anterior organización sí que participaba en dicha actividad y sí que le gustaría realizarla.

**VIAJAR:** en la anterior organización iba de campamentos y era una actividad que le encantaba y que le gustaría seguir realizando, pero dice que no lo hace porque no le dejan

**IR DE VISITA:** me refiere que es una actividad que le gustaría, el ir más a casa de su hermano en vez de que fuera él quien siempre le visita

**TELEVISIÓN:** le gustaba mucho ver la televisión pero como hemos comentado anteriormente no la puede ver según él porque no funciona. En ella veía los partidos de fútbol el "Agente 007", además de películas

**CUIDAR MASCOTAS:** comenta que hace años tuvo un perro y un pájaro y que sobre todo le encantan estos últimos. Que muchos días se sienta en los bancos y se queda mirándolos mucho tiempo. Le comento la idea de tener un pájaro en casa y se muestra encantado, aunque primero hay que plantearlo con la familia y ver si las habilidades motoras le permitirían cuidarlo

**ACUDIR A LA IGLESIA:** como ya se comenta en el listado de roles, es una actividad que le gustaría volver a practicar pero por el tema de la tarjeta no puede.

**LEER Y ESCRIBIR EL DICCIONARIO/PERIÓDICO y HACER EJERCICIOS CON LA FISIOTERAPEUTA:** son las actividades que más le gustan de todas las que realiza en el Centro. Mientras que **PINTAR Y DIBUJAR** son las actividades que considera que peor se le dan y que menos le gustan.

**IR DE COMPRAS:** me refiere que el mismo hace pequeñas compras, pero que por ejemplo le gustaría ir a hacer compras más grandes. Me recuerda una vez que fue con su hermana a comprar ropa y que lo pasó muy bien. Le gustaría elegir y comprarse su propia ropa.

## ANEXO 2. LISTADO DE ROLES

---

### *LISTADO DE ROLES (Resultados más destacables)*

---

**ESTUDIANTE:** es un rol del pasado. Estudió en la Plaza San Felipe hasta el año 60. Además estudió en Pamplona. Es una actividad a la que le daba valor aunque no le gustaba mucho

**TRABAJADOR:** no llegó a trabajar por sí solo. Se encargaba de ayudar a su padre como camarero y luego cuando estaba enfermo le ayudaba también a “ir a por el sintrón”.

**PROVEEDOR DE CUIDADOS:** lo realizaba en el pasado. Habla mucho de lo que cuidaba a su padre. Le ayudaba a administrarse y a recoger las medicinas y pasaban mucho tiempo juntos. Es una gran referencia para él.

**AMO DE CASA:** tiene una chica que le hace la limpieza general, pero él se encarga de hacerse la cama todos los días, de limpiar pequeñas cosas y de fregar la vajilla. Es algo que hace y que le gustaría seguir haciendo mientras pueda, ya que le aporta autonomía

**AMIGO:** me habla de que los amigos son muy importantes para él y sobre todo me nombra a J.L.M, un compañero de mesa en el centro. También nombra a otros compañeros del centro y de la anterior asociación a la que acudía. Aunque sí que me refiere que fuera del centro no tiene ningún amigo con el que quedar

**MIEMBRO DE FAMILIA:** es algo muy importante para él, y de hecho sus principales valores son la familia y los amigos. Me habla mucho de su hermano José Luis y su cuñada, que son quienes le dan una aportación de dinero a la semana y con quienes más trato tiene. Me comenta que con su hermano César está “enfadado” al igual que con su tía, porque no le cogen el teléfono y no lo llaman y me refiere que “no le han dado ningún regalo para Reyes”

**MIEMBRO ACTIVO DE UN GRUPO RELIGIOSO:** en el pasado iba a la Virgen del Pilar con su padre y que era una actividad que sí le gustaba mucho. Me dice que actualmente sí que le gustaría realizarla pero que no tiene dinero para la tarjeta del autobús y que no puede ir.

**AFICIONADO:** le encanta el fútbol. Antes su compañero J.LM y su cuñado le regalaban entradas e iba a la Romareda a ver al Zaragoza. Actualmente no va, y me dice que le gusta verlos por la televisión pero que en el último año no tiene y los escucha por la radio. Además le gusta mucho el cine, cualquier tipo de película.

**PARTICIPANTE EN ORGANIZACIONES:** acude todos los días a la Caridad y está encantado. Le gusta mucho venir y está mucho mejor que en la anterior organización donde iba. Le gustaría seguir realizando esta actividad muchos años.

---

### ANEXO 3. CUESTIONARIO OCUPACIONAL

CUESTIONARIO OCUPACIONAL	
7:00-8:30 TAREA DE DIARIO VIVIR	<p>Higiene personal (en ocasiones hay problemas de aseo), hace la cama, desayuna y acude al centro</p> <p>En el camino al centro va realizando paradas y sentándose en diferentes bancos a descansar, haga frío o calor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Es una actividad que no tiene una importancia significativa para él pero no le disgusta</li> </ul>
8:30-13:00 TRABAJO EN LA FUNDACION (todas las actividades que realiza en la fundación, que no sean comidas las siente como trabajo)	<p>En primer lugar se toma un café nada más llegar</p> <p>Tiene la tarea asignada de cambiar el calendario del aula</p> <p>Tareas de la premañana y talleres ocupacionales. Según el día también realiza talleres con el psicólogo, y sesiones con la fisioterapeuta</p> <p>A las 10:30 hay un descanso para desayunar</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Le encanta realizar actividades en la Fundación y refiere que está mejor allí que en casa. Es muy significativo para él el poder asistir al centro y considera que allí realiza muy bien su trabajo</li> </ul>
13:00-15:30 DESCANSO	<p>Acude al servicio para lavarse las manos, y así a las 13:30 ir al comedor a comer.</p> <p>Después le gusta ir a la sala de la televisión para descansar un poco y estar con sus compañeros</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Es una actividad que disfruta mucho y que es significativa para él, le "encanta comer"</li> </ul>
15:30-17:00 TRABAJO EN LA FUNDACIÓN	<p>Continúa realizando diferentes talleres y actividades tanto desde terapia ocupacional como por parte del psicólogo</p>
17:00-20:30 TRABAJO EN CASA	<p>Cuando sale del centro vuelve a casa y me refiere que se queda sentado en la cama mirando por la ventana (es una actividad que considera trabajo y que además no disfruta)</p> <p>Después se dedica a limpiar un poco la casa, a fregar la vajilla, y merienda</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Son actividades que no le gustan y que además considera que hace mal (refiere que su hermano no quiere ir a su casa porque esta todo desordenado)</li> </ul>
20:30-21:30 TAREA DE DIARIO VIVIR	<p>A las 20:30 acude a casa de hermano para recoger la cena que le prepara todos los días su cuñada, y después vuelve a su casa para comérsela.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Como anteriormente hemos comentado, las comidas son actividades muy importantes para él (le encantan las galletas y sobre todo el café)</li> </ul>
21:30-7:00 DESCANSO	<p>Se observa un exceso de horas de sueño.</p> <p>Utiliza pastillas para dormir</p> <p>En ocasiones se desvela para ir al servicio</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Es una actividad que le gusta y que es muy importante para él</li> </ul>

## ANEXO 4. ACIS

### DOMINIO FÍSICO (3,5)

**Se contacta: 3.** Habilidad cuestionable para establecer contacto físico con otros, no existe una interrupción en la acción social en curso

**Contempla: 3.** Habilidad cuestionable para contemplar (usa los ojos para comunicar e interactuar con otros), no obstante, no hay una interrupción de la acción social en curso

**Gesticula: 3.** Habilidad para la gesticulación cuestionable (usa movimientos corporales para indicar, demostrar, dar afecto), pero no hay una interrupción de la acción social en curso

**Maniobra: 4.** Inmediata y consistentemente maniobra (mueve el cuerpo con relación a otros), lo cual sostiene la acción social. La persona se sienta entre los miembros moviendo su cuerpo y ajustando la distancia apropiadamente

**Se orienta: 4.** Inmediata y consistentemente se orienta a la acción social. Gira o se aleja apropiadamente al hablar o cuando otra persona lo hace

**Se posiciona: 4.** Inmediata y consistentemente se posiciona, lo cual sostiene la acción social. Modifica la postura de forma espontánea y apropiada

### INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN (3,1)

**Articula: 3.** Habilidad de articular (producir un discurso claro y entendible) cuestionable, no obstante, no hay una interrupción de la acción social en curso

**Es asertivo: 3.** Habilidad para aservertar (expresar directamente desacuerdos, negativas y peticiones) cuestionable, pero no hay una interrupción de la acción social en curso

**Pregunta: 3.** Habilidad para preguntar cuestionable, no obstante, no hay una interrupción

**Se involucra: 3.** Habilidad de involucrarse (inicia interacciones) cuestionable, no obstante no hay una interrupción de la acción social en curso

**Se expresa: 3.** Habilidad para expresar (desplegar afecto) cuestionable, no obstante, no hay una interrupción de la acción social en curso.

**Modula: 3.** Habilidad para modular (emplea volumen e inflexiones de la voz) cuestionable, no obstante, no hay una interrupción de la acción social en curso

**Comparte: 4.** Inmediata y consistentemente comparte (descubre información basada en hechos o información personal), lo cual sostiene la acción social. Identifica necesidades y/o aporta información, sobre experiencias personales de manera apropiada

**Habla: 3.** Habilidad para hablar cuestionable, no obstante, no hay una interrupción

**Sostiene: 3.** Habilidad para sostener una conversación cuestionable pero no hay una interrupción de la acción social en curso.

### RELACIONES (3,6)

**Colabora: 3.** Habilidad para colaborar cuestionable, no obstante, no hay una interrupción

**Cumple: 4.** Inmediata y consistentemente se adapta, lo cual sostiene la acción social. Manifiesta un comportamiento no ofensivo

**Se centra: 3.** Habilidad para centrarse cuestionable, no obstante, no hay una interrupción

**Se relaciona: 4.** Inmediata y consistentemente se relaciona, lo cual sostiene la acción social. Se relaciona espontáneamente

**Respeto: 4.** Inmediata y consistentemente respeta, lo cual sostiene la acción social. Acomoda sus reacciones apropiadamente a otras personas.

## ANEXO 5. AMPS

### POSTURA (2.83)

**Estabiliza: 3.** Tiene una postura encorvada  
**Alinea: 2.5.** No tiene una postura adecuada, va inclinado  
**Posiciona: 3.**

### MOVILIDAD (3.75)

**Camina: 3.** Va despacio. Arrastrando los pies.  
**Alcanza: 4.**  
**Gira: 4.**  
**Se dobla: 4.**

### COORDINACIÓN (3.67)

**Coordina: 4.**  
**Manipula: 4.**  
**Fluye: 3.** Los movimientos son en bloque. No tiene fluidez de los movimientos

### FUERZA Y ESFUERZO (3.8)

**Mueve: 4.**  
**Transporta: 4.**  
**Levanta: 4.**  
**Calibra: 3.** Agarra demasiado fuerte los objetos. Tiene mucha impulsividad  
**Agarra: 4.**

### ENERGIA (habilidades motoras) (3)

**Resiste: 3.** Se le nota un poco fatigado. Si la tarea durase mucho tendría que descansar  
**Sigue el ritmo: 3.** Hipoactivo. Demasiado lento

### ENERGIA (habilidades de procesamiento) (2)

**Sigue el ritmo: 2.** Va lento debido a la capacidad atencional. Por ejemplo pone los platos o los vasos de dos en dos en vez de 4 en 4 (eso enlentece la tarea)  
**Atiende: 2.** No se acuerda de poner las servilletas (puede ser debido a que no tiene los hábitos higiénicos)

### USO DEL CONOCIMIENTO (3.2)

**Elige: 2.** (no es 1 porque no es algo tan relevante dejare la servilleta a la cuchara p.ej)  
**Usa: 4.**  
**Toma: 4.** Sí que coge los vasos boca abajo pero puede ser porque estaban así  
**Comprende: 2.** No pone servilletas. No recordaba que iba a comer sopa  
**Averigua/investiga: 4.** Hace preguntas si tiene alguna duda.

### ORGANIZACIÓN TEMPORAL (2.37)

**Inicia: 3.** Duda siempre. Pregunta antes de empezar.  
**Continúa: 2.5.** No ha sido un proceso fluido y no ha terminado la acción  
**Secuencia: 2.** Coge sólo los cuchillos, luego los vasos de dos en dos, los platos también.  
**Termina: 2.** Cese prematuro

### ORGANIZACIÓN DE ESPACIO Y OBJETOS (3/4)

**Busca: 4.**  
**Reúne: 1.** Es lo que ha hecho que lo demás no fluya bien. No reúne los materiales antes de ir a ponerlos a la mesa.  
**Organiza: 3.** Un poco ladeado. Ha puesto un plato encima de un tenedor aunque luego lo ha corregido.  
**Restaura: no.** No ha habido opción de que lo recoja porque no se lo hemos pedido  
**Sortea: 4.** Ha esperado cuando estaban los carros delante

### ADAPTACIÓN (3.41)

**Nota/responde: 4.** Se da cuenta de quien está a su alrededor y de lo que le dicen  
**Acomoda: 3.** Hace cambios en el método de trabajo. Por ejemplo no ha utilizado un carro (Eso sería un 4), pero sí que ha puesto cada cubierto en su sitio por ejemplo.  
**Ajusta: 3.** Cambio en el ambiente. Por ejemplo meter las servilletas en el vaso (hubiera sido un 4) o por ejemplo cuando pone los cubiertos en su orden.  
**Beneficia: 3.66.** La media entre Acomoda, ajusta y sortea.

## ANEXO 6. HISTORIA DE VIDA

El usuario, J.A.C es un varón de 69 años de edad, que nació en un pueblo de la comarca de Calatayud, el 16 de septiembre de 1946. Tras una reunión con los familiares y lo que él mismo nos ha relatado, hemos tratado de recabar el máximo de información posible a cerca de su vida.

### ***Datos familiares***

Sus padres, Antonia y Cesáreo, eran un matrimonio tradicional, en el que su padre era un hombre muy intransigente y no trataba bien ni a su mujer ni a sus hijos. Era guardia civil y su madre se dedicaba a las tareas del hogar. Tiene tres hermanos: César (soltero), Rosa Mari (casada y con dos hijos) y José Luis casado con Lina (tienen tres hijos, y actualmente son sus principales cuidadores).

Sus padres ya fallecieron, el último su padre hace 11 años, a quien estaba muy unido. Desde entonces vive sólo en la casa familiar, y la relación con su hermano César y su hermana (que sufrió un ictus hace varios años) está muy mermada, mientras que a José Luis y a Lina está muy unido y son su máximo apoyo.

José Luis, ahora su principal cuidador, nos explica que el comienzo de la enfermedad no está claro, ya que la familia es algo que llevó en secreto. Incluso han intentado informarse preguntando a algunos familiares mayores que aún siguen vivos y éstos tampoco les dan ningún tipo de información.

Ellos creen que la enfermedad comenzó en el mismo nacimiento, quizás un problema en el parto. Recuerda que su padre no se comportaba bien con ellos ni con su madre, era una persona muy intransigente como ya hemos comentado y todos en casa debían de hacer lo que el mandaba y si no como el mismo dice "nos pegaba palizas y a mi hermano incluso lo ataba a la cama". Probablemente hace 70 años no se conocía la enfermedad ni cuál era su tratamiento, por lo que el padre pensaba de él que era "subnormal" y su madre se desentendió totalmente de él. Fue una infancia muy dura tanto para la madre como para los 3 hermanos.



A medida que pasó el tiempo, los hermanos se independizaron y J.A se quedó en casa viviendo con sus padres. En primer lugar falleció su madre, y esto hizo que estuviera muy unido a su padre. Después su padre enfermó y él lo cuidaba y le acompañaba a todos los sitios. Estaban todo el día juntos. Hacían salidas juntos, y en casa vivían los dos solos sin ningún tipo de ayuda para la limpieza ni para cocinar (el padre cocinaba para los dos)

### ***Estudios y profesión***

Comenzó a estudiar en la Plaza San Felipe hasta el año 55 y lo dejó porque me refiere que se aburría. Años más tarde, en 1960 lo mandaron interno a Pamplona a la Asociación ATADES.

El usuario no tiene grandes recuerdos de la infancia, recuerda algunos como los días que iba a trillar y a regar con un tío suyo en el pueblo, iba a la piscina de Zuera con su madre, etc.

Una vez que fue creciendo, trabajó en el negocio familia, "El Olimpo" un bar en el tubo de Zaragoza, ayudaba a sus padres en las tareas de la barra como poner cafés y además iba a hacer los recados necesarios para el restaurante.

Tiene grandes recuerdos en el bar jugando a las cartas. Además iba a ver el fútbol a la Romareda y al cine.

En 1990, él mismo me refiere que lo llevaron al médico, y que allí lo mandaron a San Carlos, donde realizaba talleres de cestería y de encuadernación. Tras unos años allí, lo trasladaron a Rey Ardid (Pablo Iglesias) donde hizo grandes amistades y realizaba actividades como ir de campamento de las que tiene muy buenos recuerdos.

Desde el 2012, acude a la Fundación La Caridad donde está encantado con todas las actividades que realiza.

## ANEXO 7. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Encuesta de satisfacción	SI	NO	Observaciones
1. ¿El trato del personal ha sido adecuado en todos los momentos del proceso?	X		
2. ¿Ha recibido la información de forma clara y concisa en todas las fases del proceso?	X		
3. ¿Cree que el tiempo dedicado a la intervención es suficiente?	X		
4. ¿Está satisfecho con los cambios producidos durante estos meses?	X		Si aunque podía haber habido más
5. Estos cambios en su vida diaria, ¿le han supuesto alguna situación incómoda, estrés o angustia?	X		El fin de semana por lo general se encuentra peor y le cuesta realizar actividades
6. ¿Le ha resultado complicada alguna de las tareas/actividades propuestas?		X	Ha realizado sólo aquellas que el ha escogido de las posibilidades que se le planteaban
7. ¿Ha mejorado la relación con sus cuidadores?	X		Ahora habla más con ellos y no hay discusiones apenas
8. ¿Cree que han sido beneficiosos para usted los cambios producidos?	X		
9. ¿Ha notado algún cambio en su forma física o en su estado anímico?	X		Menos nerviosismo y más animado
10. ¿Hay alguna tarea que le hubiera gustado realizar y no se ha llevado a cabo? ¿Cuál?	X		Ir a ver a los antiguos compañeros de ATADES